



**GÖTEBORGS
UNIVERSITET**

Att studera arbetet med alkoholprevention på vårdcentral
- validering av ett frågeformulär med fokusgrupper

Författare: Annika Andersson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 240 högskolepoäng
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi II, VT 2008

Omfattning: 15 högskolepoäng

Handledare: Annika Jakobsson och Fredrik Spak

Examinator: Gunilla Krantz

Sahlgrenska akademien
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Att studera arbetet med alkoholprevention på vårdcentral – validering av ett frågeformulär med fokusgrupper

Engelsk titel: To study the risk drinking prevention at Primary Care Centre - validation of a questionnaire with focus groups

Författare: Annika Andersson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 240 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi II VT 2008

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annika Jakobsson och Fredrik Spak

Examinator: Gunilla Krantz

Sammanfattning

Bakgrund: Alkohol betraktas som en viktig fråga för hälsotillstånd, ändå blir patienter i vården relativt sällan tillfrågade om alkoholvanor. Med avsikt att undersöka hur alkoholfrågan kan bli en del av vardagsrutinen på vårdcentraler i Sverige, skall två olika modeller för att uppmärksamma riskbruk att studeras i SPIRA-studien. För att följa implementeringsprocessen och utvecklingen av arbetet i praktiken kommer ett frågeformulär att användas bland vårdpersonal på deltagande vårdcentraler. *Syfte:* Föreliggande studie avsåg att pröva formulärets innehållsvaliditet och face-validity, utifrån hur övergripande struktur, användbarhet, frågor och svarsalternativ uppfattades. *Metod:* Tre fokusgruppsdiskussioner genomfördes med vårdpersonal på tre olika vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. *Analys:* För att analysera den data som insamlats användes manifest innehållsanalys. *Resultat:* I diskussionerna framkom att frågeformuläret var tydligt formulerat, hade relevant innehåll och täckte olika yrkeskategoriers arbete med riskbruk. Samma formulär uppskattades därför kunna användas till samtliga yrkeskategorier och vid SPIRA-studiens fem mättillfällen. De förändringar som diskuterades gällde i första hand behov av förtydliganden och mindre förändringar av frågor och svarsalternativ. *Konklusion:* Att frågeformuläret uppfattades vara tydligt och täckte väsentliga delar för riskbrukarbete på vårdcentraler gjorde att formuläret kunde bedömas ha hög innehållsvaliditet och face-validity. Fokusgruppsdiskussioner betraktades vara en relevant metod för att studera ett frågeformulärs validitet. De framkomna synpunkterna kommer att ligga till grund för omarbetning av frågeformuläret.

Sökord: Frågeformulär, validering, riskbruksarbete, fokusgrupp, vårdcentral

Abstract

Background: Alcohol is considered to be an important factor for health, still patients in health care are not routinely enquired about alcohol. With the purpose to investigate how the alcohol issues can become a part of the daily routine in primary care in Sweden, two models for identify risk drinking will be studied in the SPIRA-study. To follow the implementation process and development of the every day practic work will a questionnaire be used among the staff at the participating primary care centres. *Aim:* The aim of this study was to test the questionnaire in terms of content validity and face-validity, the perception of the over all structure, usefulness, items and response alternatives. *Method:* Three focus group discussions with staff at three primary care centres in the county of Västra Götaland were conducted. *Analysis:* Manifest content analyses were used to analyse the collected data. *Results:* In the discussions it was concluded that the questionnaire was relevant, clearly formulated and covered different health care professions' work with risk drinking. The same questionnaire can therefore be used for all of the participating professions' at the primary care centres and are suitable in all planned measuring points in the SPIRA-study. The changes that were discussed were all rather limited and most often concerned clarifications and changes of questions and response alternatives. *Conclusion:* Since the questionnaire was perceived as discrete and covered the relevant aspects of the work with risk drinking at primary care centres, it can be considered both as content valid and face valid. Focus group discussions were considered as a relevant method for validation of the questionnaire. The further revision of the questionnaire will be based on the discussed aspects.

Keywords: questionnaire, validation, risk drinking, focus group, primary health care centre

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
<i>Riskbruk av alkohol – definition och förekomst i Sverige</i>	2
<i>Metoder för att uppmärksamma riskbruk</i>	2
<i>Riskbruksarbete i primärvården</i>	3
<i>Implementering av sekundärpreventiva åtgärder</i>	4
<i>SPIRA-studien</i>	4
<i>Konstruktion och test av frågeformulär</i>	5
<i>Pilotstudie för validering av frågeformulär i SPIRA-studien</i>	5
<i>Validitet och reliabilitet</i>	7
SYFTE	8
METOD	8
<i>Vetenskapliga och teoretiska utgångspunkter</i>	8
<i>Fokusgruppsdiskussioner</i>	9
<i>Urval</i>	10
<i>Tillvägagångssätt</i>	12
<i>Analys</i>	12
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	14
Tema: Genomförbarhet	15
<i>Omfattning</i>	15
<i>Användbarhet</i>	15
<i>Etik</i>	16
Tema: Utformning	17
<i>Svarsalternativ</i>	17
<i>Struktur</i>	18
<i>Behov av klargöranden</i>	18
DISKUSSION	20
Resultatdiskussion	20
<i>Formulärets relevans och överensstämmelse med riskbruksarbete</i>	20
<i>Möjliga förändringar av svarsalternativ</i>	21
<i>Logistik</i>	21
Metoddiskussion	22
<i>Fokusgrupper som metod för formulärvalidering</i>	22
<i>Heterogena fokusgrupper och social makt</i>	23
<i>Studiens trovärdighet och överförbarhet</i>	24
<i>Konklusion och fortsatt bearbetning av frågeformuläret</i>	26
<i>Studiens svagheter och alternativa metoder</i>	25
REFERENSER	27
BILAGOR	30

INLEDNING

Sekundärprevention av alkoholproblem/skador innebär tidig identifiering och behandling av hög alkoholkonsumtion i syfte att förhindra alkoholberoende och alkoholskador (SBU 2001). Det har tidigare visats att sekundärprevention, framförallt genom kort rådgivning (brief intervention, BI) har effekt på konsumtionsvanor (SBU 2001, Socialstyrelsen 2007, Kaner et al 2007). Av SBU: s rapport om behandling av alkohol- och narkotikaproblem (2001), framgick att när vårdpersonal ställde frågor om alkohol och gav råd, minskade konsumtionen hos personer med riskbruk med upp till 30 procent jämfört med kontrollgruppen där motsvarade minskning var 10-20 procent.

En stor del av problem relaterade till alkohol uppkommer redan vid riskbruk i den generella populationen (Fleming & Graham 2001, Rossow & Romelsjö 2006). Eftersom man i primärvården möter och behandlar en rad fysiska och psykiska sjukdomstillstånd, kan denna betraktas som en lämplig arena för att fånga upp tidiga symtom på riskbruk av alkohol och har därmed en stor sekundärpreventiv potential (Babor et al 2005). Dessutom besöker personer med riskbruk vården mer frekvent än den generella populationen (Bothelo et al 1996). Att arbeta mer preventivt med levnadsvanor inom primärvården, har inneburit att trycket på vårdpersonalen har ökat för att uppmärksamma alkoholfrågan i möte med patienter. Även om en stor del av läkarna hävdar att alkoholkonsumtion är av största vikt för hälsan blir patienter, som inte direkt söker för alkoholrelaterade besvär, relativt sällan tillfrågade om alkoholvanor (Aalto et al 2003). Tidsbrist, bristande organisationsstöd och bristande tilltro till egen förmåga på området är några av anledningarna som angivits till varför frågan inte lyfts i större omfattning (Holmqvist et al 2008, Geirsson et al 2005). Utbildning och träning i uppmärksammande av riskbruk och BI visar på avdramatisering av alkoholfrågan (Seale et al 2005), vilket kan få gynnsam effekt för både klinisk personal och patienter.

SPIRA (Sekundärprevention i Primärvården – Implementering av metoder för minskat Riskbruk av Alkohol) är en treårig nationell studie, som genomförs av en forskargrupp på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Syftet är att studera hur uppmärksammande av riskbruk på vårdcentraler kan genomföras på ett rutinmässigt sätt. Inom WHO Collaborative Project respektive det nationella Riskbruksprojektet i Sverige har omfattande frågeformulär framtagits och tillämpats för att identifiera hur riskbruksarbetet bedrivs samt attityder, kunskaper, möjligheter och hinder. Med dessa instrument som underlag har ett liknande, men mindre omfattande, formulär tagits fram för SPIRA-studien. Föreliggande studie avser pröva frågeformulärets validitet och funktion i praktiken bland vårdpersonal på vårdcentraler.

BAKGRUND

Riskbruk av alkohol – definition och förekomst i Sverige

Ofta beskrivs alkoholbruk med termer som förklarar konsumtionsmönster; hur ofta, hur mycket och konsekvenser. Vanligt förekommande begrepp på denna skala är bruk, riskbruk, missbruk och beroende. Riskbruk är ingen diagnos, och begreppet utesluter definitionsmässigt skadligt bruk och alkoholberoende. Definitionen kan vara kopplad till en hög genomsnittlig veckokonsumtion av alkohol, i Sverige definierat som mer än 14 glas för män och 9 glas för kvinnor (Andréasson & Allebeck 2005). Det kan även betraktas som riskkonsumtion om man dricker mycket vid enskilda tillfällen då man dricker alkohol, dvs. intensivkonsumtion, definierat som mer än 5 standardglas för män respektive mer än 4 för kvinnor minst en gång per månad. Ett standardglas enligt de mått man utgår ifrån i Sverige innehåller 12 gram alkohol (exempelvis cirka 33 cl starköl 5 %, 15 cl vin eller 4 cl sprit).

Alkohol kan få konsekvenser för en rad olika fysiska, psykiska och sociala hälsoproblem. Skadliga effekter av alkohol avgörs av konsumtionsmängd, individens dryckesmönster och sociala situation samt av ålder och kön (FHI 2009). De risker man identifierat i samband med riskbruk är framförallt av akut och social karaktär, så som kroppsliga skador i samband med olycksfall eller våld, alkoholförgiftning, förlust av körkort samt att uteblivande från arbete/skola (Dawson et al 2008, Babor et al 2003, Rossow & Romelsjö 2006). Men riskfylld alkoholkonsumtion är också förenad med psykiska problem såsom depressivitet och sömnstörningar samt somatisk sjukdom, exempelvis vissa typer av cancer (Dawson et al 2008, Allen et al 2009).

Sedan 2004 genomför Statens folkhälsoinstitut årligen en nationell folkhälsoenkät, där bland annat riskfylld alkoholkonsumtion följs upp. Resultaten är en sammanslagning av vecko- och intensivkonsumtion och visar på en stabil utveckling fram till 2007. Enligt mätningen 2008 hade ungefär 16 % av männen och 10 % av kvinnorna i åldrarna 16-84 en riskfylld alkoholkonsumtion. Mätmetoderna är dock ganska grova och innebär av mätningstekniska skäl snarare en överskattning än en underskattning.

Metoder för att uppmärksamma riskbruk

Den samlade forskningen visar att det inte föreligger någon väsentlig skillnad i synen på hur det rådgivande samtalet kring alkohol bör genomföras (SBU 2001). Vad som främst skiljer är synen på hur riskkonsumenter kan och bör uppmärksammas. Screening innebär i dessa sammanhang att systematiskt ställa frågor till patienter/klienter om alkoholvanor genom särskilt formulär. Screeningförespråkarna anser att screening är en förutsättning för att uppmärksamma det stora flertalet riskkonsumenter, eftersom detta tillstånd ofta är asymptomatiskt (Babor et al 2005). De som inte anser att screening är den bästa metoden föredrar att använda Early Identification (EI). De anför tre principiella argument som stöd för sina åsikter; dels att screening kan väcka irritation och obehag, dels att screening av flera skäl inte är förenligt med ett patientcentrerat arbetssätt och dels att syftet kan uppnås utan

screening. Istället för screening önskar man höja medvetandenivån genom utbildningsinsatser om alkoholens betydelse för ohälsa, så att vårdpersonal från kliniska utgångspunkter tar upp frågan om alkohol när det bedöms vara befogat och därför känns naturligt. Mot denna metod kan anföras att den skulle, jämfört med screening, minska chansen att hitta riskdrickande i ett tidigt skede.

För att uppmärksamma riskbruk finns enkla och beprövade metoder, exempelvis i form av korta frågor i enkätform eller som öppna frågor som ställs av vårdpersonal. Ett efterföljande samtal på 5-15 minuter, enligt brief intervention-modell, bygger på att stödja patienten till förändring, genom att tydliggöra motiv för eller emot sin alkoholkonsumtion, och syftar till att bedöma patientens förändringsberedskap, ge positiv förstärkning och stärkt självtillit till att klara av att genomföra en förändring (Whitlock et al 2004, Babor et al 2006).

Riskbruksarbete i primärvården

Den totala alkoholkonsumtionen i Sverige har ökat med över 20 procent från mitten av 1990-talet och fram till 2004, men därefter minskat något fram till 2007 (FHI 2009). Trots minskningen finns det goda skäl för hälso- och sjukvården att fundera över vilken roll patientens alkoholkonsumtion har för dennes hälsa och på vilket sätt alkoholkonsumtion kan uppmärksammas, diskuteras och behandlas vid behov. Exempelvis har antalet kvinnor och män som vårdats för alkoholförgiftning fortsatt att öka fram till 2007 (FHI 2009). I Hälso- och sjukvårdslagens första paragraf framgår att vården skall arbeta för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (HSL 1982:763, lag 1992:567). Det förebyggande alkoholarbetet har dock i viss utsträckning mött problem i prioriteringsdiskussioner - allmänmedicinens kliniska uppdrag betraktas i första hand inte som folkhälsoarbete, utan det individuella mötet med patienten och dennes faktiska orsak till vårdsökande sätts i fokus (Hedberg et al 2000). Men att arbeta med alkoholpreventiva åtgärder är viktigt för primärvårdens uppgift för att kunna fånga upp problem på tidigt stadium, och inte ensidigt inrikta sitt arbete mot alkoholmissbruk och beroende.

En nationell enkätundersökning riktad till läkare och sjuksköterskor i primärvården, visade att alkohol är den levnadsvana primärvårdens personal frågar patienter om i lägst utsträckning (Holmqvist et al 2008). Ett av problemen på området är att alkoholfrågan är det område avseende livsstilsförändringar där vårdpersonal visat störst skepsis och bristande tilltro till sin förmåga att jobba med ämnet (Geirsson et al 2005, Holmqvist et al 2008). I dessa undersökningar framkom önskemål om en kombination av åtgärder för att öka aktiviteten i arbetet med riskbruk. Särskilt efterfrågas mer kunskaper om samtalsmetoder vid alkoholrelaterade problem, ökade remissmöjligheter till specialister och tydliga direktiv och beslut på ledningsnivå.

Det är viktigt att tydliggöra att implementering av alkoholförebyggande insatser inte enbart handlar om utbildning (Andréasson 2007, Nilsen et al 2006). För att arbetet med riskbruk skall utvecklas och bli en del av rutinvården, är det viktigt att personalen får möjlighet att utveckla trygghet i patientmötet gällande samtal om alkohol. Litteraturen visar att personalens attityder till att arbeta med riskbruksfrågor är av

betydelse att följa upp, eftersom denna faktor förefaller påverka hur ofta man lyfter frågan om alkoholvanor samt att attityder varierar mellan olika yrkeskategorier (Andréasson 2007, Geirsson et al 2005). Att primärvårdens personal ges stöd kan öka och fördjupa engagemanget i alkoholfrågor (Nilsen et al 2006, Kaner et al 1999). Fungerande metoder för att ge stöd är bland annat att skapa möjligheter för realistiska övningar, och begränsat stöd exempelvis via telefon, som visats öka identifierings- och rådgivningsfrekvensen.

Implementering av sekundärpreventiva åtgärder

Vad gäller spridning av BI står primärvård, sjukvård och akutvård inför samma problem; långsam spridning av metoder och en rad upplevda hinder bland vårdpersonal, såsom tidsbrist, kunskapsluckor och ointresse av preventivt arbete (Johansson et al 2002, Karlsson et al 2005). Det görs på många håll i världen stora ansträngningar för en ökad aktivitet inom screening och Brief Intervention (SBI), men hittills har implementeringen mött avsevärda svårigheter. Detta till trots, är Sverige ett av de länder där störst ansträngningar nu görs, framförallt genom det nationella Riskbruksprojektet som drivs av Statens folkhälsoinstitut sedan 2006 (Spak & Andersson 2008). Riskbruksprojektet är en av åtgärderna i den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador som regeringen fastslog i enlighet med proposition 2005/06:30 och skall svara för den kunskapsuppbyggnad och metodutveckling som krävs på lokal nivå för att lyckas med det sekundärpreventiva arbetet.

En systematisk litteraturöversikt över studier om strategier för implementering av sekundärprevention gällande alkohol i primärvården visade att effektiviteten (i vilken utsträckning personalen använde screeninginstrument och gav kort rådgivning) ökade generellt om implementeringsinsatserna ökade (utbildning och stödjandefunktioner), även om effektiviteten överlag var begränsad (Nilsen et al 2006). Generella slutsatser var att metoderna måste anpassas bättre till primärvårdens arbetsvillkor för att öka spridningen. Sannolikt är också olika typer av stöd för att öka kompetensen nödvändiga för att sprida och fördjupa kunskaper på området samt ändra beteende och praxis (Anderson et al 2003).

För att tillskapa ett effektivt sekundärpreventivt arbete går vägen dock inte enbart via de medicinska professionerna; implementeringen berör även ledningsgrupper och policyskapare. För att nå framgång på området krävs, utöver kunskapsspridningen som hittills varit huvudstrategin, enkelt tillämpbara metoder och stöd från de övergripande nivåerna i organisationerna.

SPIRA-studien

SPIRA-studien (Sekundärprevention i Primärvården – Implementering av metoder för minskat Riskbruk av Alkohol) är en treårig nationell studie med start 2010, som genomförs av en forskargrupp på Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet. Syftet är att studera hur uppmärksammande av riskbruk på vårdcentraler kan

implementeras och genomförs på ett rutinmässigt sätt på sikt. De 24 deltagande vårdcentralerna ges utbildning och slumpas till en av följande två modeller: uppmärksammande av riskbruk genom screeningformulär (med tre konsumtionsfrågor), respektive Early Identification, dvs. genom att alkoholfrågan tas upp när det uppfattas som naturligt och relevant men utan användning av något särskilt formulär. Dessutom studeras om en särskild coach för personalen kan öka och/eller upprätthålla arbetet med riskbruk.

Konstruktion och test av frågeformulär

Enligt Hansagi och Allebeck (1994) utgår frågorna i ett formulär vanligtvis från ett antal teman som man söker svar på. Frågorna skall helst vara självinstruerande och inte kräva omfattande anvisningar (Hansagi & Allebeck 1994). Enligt forskningsetiska regler (HSFR 1990), som tillämpas på samhälls- och beteendevetenskaplig forskning, har undersökningspersonerna rätt att delges adekvat information om studien som forskare önskar deras deltagande i, samt rätt att avstå. Ett informationsbrev skall följa med formuläret, som bland annat bör innehålla information om studiens motiv, att den enskildes uppgifter behandlas konfidentiellt, att deltagandet är frivilligt, anvisningar för ifyllande, namn på och adress till kontaktpersoner för studien samt vem svaren/formuläret skall sändas till.

Frågeformuläret utgör en grund för kommunikationen mellan forskarna och de svarande och bör därmed utarbetas med största omsorg (Hansagi & Allebeck 1994, Dahmström 2000). Kvaliteten på insamlad data är beroende av de svarandes vilja och förmåga att besvara formulärets frågor samt att frågorna tolkas som undersökaren avsett (Dahmström 2000). Antal frågeformulär om kunskap och praktik som forskningen önskar få svar på av vårdpersonal i primärvården ökar (Drummond et al 2008). Men deltagande i studier möter konkurrens där prioriteringar måste göras vilket i sin tur gör att svarsfrekvenser sjunker (Drummond et al 2008). Det är därför av betydelse att pröva formulärets genomförbarhet och identifiera strategier som kan motivera användningen och därmed öka svarsfrekvensen.

Ett problem med frågeformulär är att de ofta saknar tydlig teoretisk bakgrund, vilket kan göra att tolkningen av svaren kan vara missledande (Jaussent et al 2004). Dessutom bör ett formulär inte användas förrän det testats, eftersom begrepp och formuleringar inte alltid uppfattas som avsett eller likvärdigt sätt av olika individer. Vid test av formulär kan det också framkomma att anvisningar är svåra att följa eller att svarsalternativen är otillräckliga eller ologiska. Det är därför av värde att pröva formulär på personer som liknar de som skall ingå i studien eller som har närliggande egenskaper som målgruppen (Hansagi & Allebeck 1994).

Pilotstudie för validering av frågeformulär i SPIRA-studien

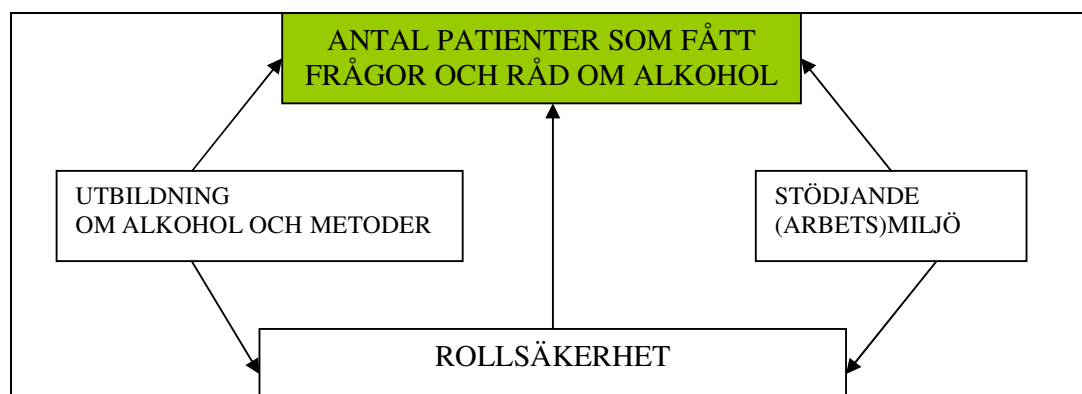
Forskargruppen i SPIRA-studien (där uppsatsens författare ingår) har arbetat fram ett strukturerat frågeformulär för vårdpersonal omfattande 14 frågor (bilaga 1). Frågeformuläret kommer att användas vid baslinjemätning, i anslutning till en

fyraveckors interventionsperiod samt 6, 12 och 24 månader efter avslutad intervention. Utgångspunkten för det aktuella formuläret var ett frågeformulär utvecklat inom WHO Collaborative Project (Kaner et al 1999) och det formulär som används för vårdpersonal inom Riskbruksprojektet, där försök gjordes att anpassa WHO-formuläret till svenska förhållanden (Holmqvist et al 2008, Geirsson et al 2005). Dessa båda formulär är validerade och avser mäta kunskap, attityder och vårdpersonalens självuppskattade bedömning av förmåga att hantera riskbruksarbete inom primärvården. Inom SPIRA-studien kommer formuläret att användas i motsvarande syfte, samt för att följa implementeringsprocessen och varaktigheten i metoderna för att uppmärksamma riskbruk. Trots att formuläret bygger på existerande och beprövade instrument är det av betydelse att testa, då enstaka frågor från ett formulär inte kan förväntas fungera likadant tillsammans med andra frågor (Hansagi & Allebeck 1994). Frågorna i det aktuella formuläret är inte alltid ordagrant formulerade enligt de instrument som WHO och Riskbruksprojektet framtagit, dessutom har några frågor och svarsalternativ tillkommit. Det är särskilt viktigt att pröva skriftliga formulär, då det inte finns någon intervjuare som kan ge omedelbar förtydligande information om så behövs.

Strukturerade frågeformulär anses användbara för kortare formulär med tydliga frågor (Bowling 2002). Formuläret utgörs av slutna frågor, där respondenten instrueras att välja bland på förhand angivna alternativ. I de fall då alternativen inte utesluter varandra (likt ja/nej, antal år i primärvården osv), får fler än ett alternativ väljas, vilket anges i instruktionen. I anslutning till dessa frågor finns också alternativ av typen ”annat, ange vad”, där respondenten får möjlighet att med egna ord beskriva ståndpunkt om detta alternativ saknas.

Efter att ett pilotformulär framtagits, tillfrågades en expert på formulärkonstruktion. Därefter ändrades formulärets frågor och frågeföljd i enighet med framkomna synpunkter, exempelvis förtydligades och tillkom några svarsalternativ samt att procentspannen vidgades i syfte ge mer relevant information.

Frågeformuläret avser täcka de områden som framkommit som betydelsefulla för vårdpersonalens riskbruksarbete, för att kunna jämföra dessa mellan olika interventionsgrupper under implementeringsperioden och över tid:



Figur 1. Betydelsefulla faktorer för arbetet med alkohol i primärvården

Källa: Anderson et al 2003

Frågeformulär, introduktionsbrev och undersökningsrutiner (utskicknings- och mottagningsrutiner vid postenkät, respektive intervjurutiner vid intervjuundersökning) bör alltid testas när formuläret i princip är slutgiltigt (Hansagi & Allebeck 1994).

En pilotstudie av ett frågeformulär genomförs vanligen för att samla uppfattningar om följande frågeställningar (Lydeard 1991):

- Mäter varje fråga det som den är avsedd att mäta?
- Förstås ord och formuleringar, och är förståelsen lika för alla respondenter?
- Hur är spridningen av svaren? Väljs ett visst alternativ av nästan alla som svarar så är det kanske onödigt att ha med frågan.
- Är några frågor systematiskt/ofta missade eller besvaras några regelbundet på ett svårtolkat sätt? Vid slutna frågor, finns det ett lämpligt svarsalternativ?
- Ger svaren anledning att tro att forskaren påverkat vid frågeformuleringen?
- Ger frågeformulär och introduktionsbrev intryck av att motivera undersökningsspersonerna att svara?

Då ett slutgiltigt instrument tagits fram bör man exempelvis fastställa vilka avdelningar eller enheter som kommer att beröras av datainsamlingen och därmed skall informeras. Etisk prövning av frågeformuläret i SPIRA-studien kommer att genomföras efter pilotstudien, då slutgiltigt formulär tagits fram.

Validitet och reliabilitet

Validiteten hos ett frågeformulär avgörs av dess förmåga att utesluta systematiska mätfel, dvs. att instrumentet mäter det som det avser mäta (Jausent 2004, Hansagi & Allebeck 1994). Validiteten är med andra ord beroende av att respondenterna gör liknande tolkningar av formulärets frågor och svarsalternativ (Bowling 2002). De olika typer av validitet som används är följande (Jausent et al 2004, Abrahamson 1990, Bowling 2002): *inhållsvaliditet* vilket innebär att formuläret är välbalanserat samt alla komponenter av ett område som skall mätas täcks av de frågor som instrumentet innehåller (Hansagi & Allebeck 1994, Bowling 2002). *Face-validity* är en mindre systematisk form av innehållsvaliditet, då ett frågeformulär på ett mer överskådligt och omedelbart sätt anses tydligt och rimligt för sitt syfte.

Överensstämmelsevaliditet innebär att ett antal experter över överens om ett formulärs validitet. *Kriterievaliditet* betyder att det finns ett yttre kriterium som betraktas som sanning och som man kan jämföra sina resultat med, exempelvis kan man jämföra formulärsvar med journaldata. *Prediktiv validitet* avgörs av instrumentets förmåga att förutsäga exempelvis ett framtida beteende. *Begreppsvaliditet* innebär att det finns samband mellan de olika mått som avser mäta samma eller liknande begrepp eller variabler.

Ett formulärs reliabilitet rör dess tillförlitlighet, dvs. frånvaron av slumpmässiga mätfel. För kunna avgöra reliabilitet måste upprepade test genomföras för att kunna jämföra överensstämmelse mellan svarstillfällena. Inga upprepade tester av formuläret genomförs, vilket innebär att man inom ramen för denna studie inte kan avgöra dess reliabilitet.

En pilotstudie gällande SPIRA-studiens frågeformulär är nödvändig att genomföra eftersom ett formulär kan ha olika validitet och reliabilitet vid användande på olika populationer, grupper och individer. För att välja rätt metod i en undersökning och senare tolka insamlad data på rätt sätt är någon sorts validitetstest önskvärt i dessa sammanhang (Hansagi & Allebeck 1994). Inom ramen för denna studie avses främst face-validity och innehållsvaliditet att studeras. Det är angeläget att formulärets face-validity undersöks, för att få svar på om formuläret som helhet uppfattas som rimligt och tydligt. Det är dessutom nödvändigt att pröva innehållsvaliditeten av frågeformuläret i SPIRA-studien, för att försöka säkerställa att frågorna och svarsalternativen täcker olika delar av vårdpersonalens riskbruksarbete.

SYFTE

Uppsatsen är en explorativ valideringsstudie av det frågeformulär som kommer att användas bland den vårdpersonal som deltar i SPIRA-studien. Syftet är att undersöka hur väl formuläret uppfattas täcka och fånga kunskaper, attityder, erfarenheter och omfattning av arbete med riskbruk bland läkare, distriktssköterskor/sjuksköterskor och annan vårdpersonal som möter patienter på vårdcentraler i Sverige. Huvudsakliga studieområden är följande:

- Frågeformulärets tydlighet och användbarhet för olika yrkesgrupper på vårdcentraler, formuläret som helhet samt frågorna och dess svarsalternativ
- Frågeformulärets innehållsvaliditet, dvs. uppskattning av formulärets förmåga att samla information om de på förhand uppsatta områdena i figur 1

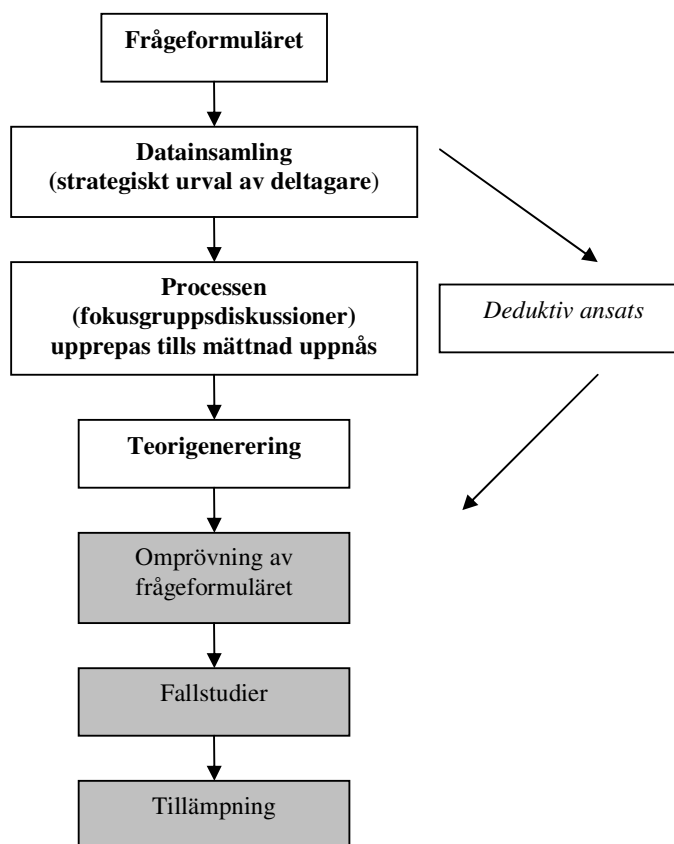
METOD

Vetenskapliga och teoretiska utgångspunkter

Inom den hermeneutiska vetenskapsteorin understryks att forskaren/läsaren aldrig kan sätta sig själv åt sidan i insamling av data och tolkningen av denna. Förståelsen av en text är beroende av förförståelsen (Alvesson & Skoldberg 2008). Vid uppgiftens utformande och studiens genomförande hade jag arbetat på Socialmedicin vid Göteborgs universitet i ett och halvt år, med frågor kring riskbruk av alkohol och implementeringsforskning inom primärvården om metoder för minskat riskbruk. Detta gjorde att jag i förväg var väl insatt i riskbruksdiskursen och hade viss insikt i hur arbetet bedrivs inom primärvården. Min förförståelse påverkar både utformningen av syfte, frågeställningar och hur jag sedan kommer att uppfatta det som framkommer i intervjun, både gällande kunskap inom området samt det socialmedicinska perspektivet jag har på arbetet.

Ansatsen i datainsamlingen och analysen är deduktiv, dvs. att man utgår från teorier om verkligheten och samlar in data för att pröva om teorin håller (Bowling 2002). Slutsatserna utvecklas med andra ord från det generella mot det specifika, då man använder kunskap från en allmän nivå för att förklara det enskilda. I detta fall kan analysen beskrivas som deduktiv eftersom den prövar ett frågeformulär, utifrån på

förhand formulerade teman och frågor som forskargruppen önskar få besvarade om formuläret. Forskningsprocessen utgår från modellen i figur 2 (utvecklad efter Guba & Lincoln 1985).



Figur 2. Översikt forskningsprocessen

Genom denna studie nås steget för teorigenerering. Omprövning, slutgiltig formulering och tillämpning av frågeformuläret kommer att ske utanför studiens ramar.

Inför fokusgruppsdiskussionerna togs en frågeguide (bilaga 3) fram utifrån studiens syfte, mot bakgrund av Kreugers (1998) rekommenderade typer av frågor: öppningsfrågor, introduktionsfrågor, övergångsfrågor, nyckelfrågor samt avslutande frågor. Två frågor och påföljande svarsalternativ i pilotformuläret hade alternativa formuleringar (procentsatser respektive ord/begrepp), som deltagarna i fokusgrupperna ombads att ta ställning till och välja mellan alternativen.

Fokusgruppsdiskussioner

Ett vanligt förfaringssätt för att skapa och pröva frågeformulär är fokusgruppsdiskussioner (O'Brien 1993). Fokusgruppsdiskussioner är en kvalitativ datainsamlingsmetod som kan ge en bred kunskap om ett fenomen och används ofta för att undersöka olika åsikter från en mängd deltagare i en specifik grupp på kort tid

(Huston & Hobson 2008). Genom denna metod kan forskaren få förståelse för hur den tänkta målgruppen resonerar och förväntas agera. Fokusgruppsdiskussioner används både i syfte att generera nya hypoteser för kvantitativ verifiering och som självständig metod för att skapa uppfattning om komplicerade sammanhang (Kitzinger 1995). Morgan (1997) definierar datainsamling genom fokusgrupp som en metod där man genom gruppinteraktion samlar in data inom ett område som forskaren avgränsat. Fördelen med metoden är att den är mer flexibel och ger mer djup än en enkätundersökning (Morgan 1997).

Fokusgruppsdiskussionen kan vara mer eller mindre strukturerad vad gäller moderatorns styrning av diskussionens innehåll och struktur på samtalet (Huston & Hobson 2008, Morgan 1997). En strukturerad grupp kännetecknas av att moderatorn ställer många frågor, styr gruppen för att fokusera på ämnesområdet samt fördelar ordet mellan deltagarna. För att få svar på en specifik forskningsfråga används ofta strukturerade fokusgrupper. Ostrukturerade grupper syftar däremot till att söka deltagarnas synpunkter och perspektiv på forskningsfrågan. Ämne och syfte med forskningsprojektet avgör därmed hur strukturerade fokusgrupperna bör vara (Morgan 1997). Graden av strukturering på fokusgruppsdiskussionerna avgör också hur många diskussioner som bör genomföras för att nå tillräcklig teoretisk mättnad, dvs. då de flesta betydelsefulla händelserna täcks och kan förklaras av det insamlade materialet (Morgan 1997, Wibeck 2000). Ju högre grad av strukturering, desto färre diskussioner behövs, eftersom mindre variation i data ofta framkommer. Det är svårt att generellt avgöra hur många fokusgrupper som behövs för att uppnå mättnad, men tre grupper brukar betraktas som minimum (Morgan 1997).

Lämplig storlek på gruppen varierar beroende på ämne och deltagarnas engagemang i den aktuella frågan. Wibeck (2000) menar att en fokusgrupp optimalt sett består av 4-6 deltagare. En grupp bestående av färre än sex deltagare är lämplig om man vill nå djupare förståelse för ett fenomen, när deltagarna är experter och sannolikt har många synpunkter och är engagerade i ämnet. En grupp med få deltagare ger varje enskild mer utrymme att tala och bemöta varandras argument. Dessutom kan en liten grupp skapa känsla av gemenskap, även om kontroversiella synpunkter lyfts fram.

Morgan (1997) menar att fokusgruppsdiskussioner kan kombineras med andra metoder, men likaväl fungera som ensam metod. Detta gäller i synnerhet om man söker det specifika framför det generella och betydelser snarare än exakta förklaringar.

Urval

Tre fokusgruppsdiskussioner genomfördes mellan 22 april och 13 maj 2009, med kliniskt arbetande personal på tre olika vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Varje fokusgrupp bestod av 4-5 deltagare. Totalt deltog 13 personer, varav 10 kvinnor och 3 män, i åldrarna 28-62 år. Urvalet kan betraktas som representativt vad gäller kön, då 81,2 % av de landstingsanställda i Sverige, verksamma inom vård och omsorg, är kvinnor (SKL 2008).

Valet av deltagare till fokusgrupperna var strategiskt (Morgan 1997) genom att det var personer som valdes för att de vid tidpunkten för diskussionen arbetade på vårdcentraler och därmed kunde förutsättas ha synpunkter på ett formulär riktat till vårdcentralspersonal. Syftet med ett strategiskt urval är att deltagare med erfarenhet och kunskap inom ett ämne/en företeelse kan bidra till en mer aktiv diskussion än deltagare som är obekanta med området (Morgan 1997). Urvalet av vårdcentralerna kan liknas vid bekvämlighetsurval, då samtliga av dessa tre vårdcentraler före fokusgruppsdiskussionernas genomförande hade anmält intresse för att delta i SPIRA-studien. Därmed fanns befintliga kontakter och viss kännedom om studien. Vid förfrågan om möjlighet att genomföra fokusgrupper, kontaktades respektive kontaktperson för SPIRA-studien på vårdcentralerna via e-post, och som i sin tur tillfrågade personal på vårdcentralen om eventuellt deltagande i fokusgruppsdiskussion.

Sammansättningen av fokusgrupperna såg ut enligt presentation i tabell 1. (Information om födelseår och antal verksamma år i primärvården saknas om en deltagare, då vederbörande ej fyllde i formuläret)

Tabell 1. Deltagare i respektive fokusgrupp

Fokusgrupp	Deltagare: yrkeskategori, kön, födelseår, antal år i primärvården (PV)
1 090422 på vårdcentral, 47 min	Distriktsläkare, kvinna, 1962, 11-20 år i PV Distriktssköterska, man, 1965, 1-2 år i PV AT-läkare, man 1981, < 1 år i PV Kurator, kvinna, 1967, 1-2 år i PV
2 090505 på konferenscenter, 53 min	Distriktsläkare, kvinna, 1961, 11-20 år i PV Distriktsläkare, kvinna, 1972, 6-10 år i PV Distriktssköterska, kvinna, 1973, 1-2 år i PV Distriktssköterska, kvinna, 1952 >20 år i PV Psykolog, man, - , -
3 090513 på vårdcentral, 54 min	Distriktsläkare, kvinna, 1967, 6-10 år i PV Distriktssköterska, kvinna, 1950, >20 år i PV Distriktssköterska, kvinna, 1953, 11-20 år i PV Kurator, kvinna, 1947, 11-20 år i PV

För att skapa förutsättningar för en god och innehållsrik diskussion samt undvika hierarkiers påverkan och skapande av sub-grupper, förordas ofta homogena fokusgrupper (Morgan 1997). Exempelvis rekommenderas separata diskussioner med läkare och sjuksköterskor. Men om man använder heterogena grupper bör man eftersträva jämvikt bland deltagarna avsett exempelvis lika många deltagare från varje yrkeskategori (Wooten & Reed 2000). I denna pilotstudie genomfördes fokusgruppsdiskussionerna med blandade yrkeskategorier i varje grupp (tabell 1). Den främsta anledningen till detta var att vårdcentralerna hade begränsat med tid till förfogande utöver ordinarie uppdrag, och det fanns därmed inte utrymme för homogena grupper. Blandade yrkeskategorier kan bli problematiskt då vissa yrkeskategorier kan ges tolkningsföreträde, vilket är viktigt att moderatören/forskaren är uppmärksam på under diskussionen och medveten om vid analysen av resultaten. Då syftet med pilotstudien var att undersöka hur frågeformuläret fungerar bland personal på vårdcentraler kan blandade grupper också vara fördelaktigt, eftersom det

kan minska konformiteten (Morgan 1997). Gemensamma erfarenheter och förståelse bland olika yrkeskategorier kommer därmed att utgöra grunden för det slutliga frågeformuläret.

Tillvägagångssätt

5-7 dagar före varje fokusgruppsdiskussion sändes frågeformuläret, ett informationsbrev samt ett separat dokument med en kort beskrivning av SPIRA-studien, till varje enskild deltagare per mail och brevledes. Formuläret sändes ut på förhand för att ge informanterna möjlighet att bekanta sig med det och reflektera över innehåll och upplägg. Informationsbrevet innehöll en mycket kort beskrivning av SPIRA-studien, syftet med enkäten och fokusgruppsdiskussionen (bilaga 2). Därtill redogjordes för ett antal etiska aspekter, så som att deltagandet var frivilligt samt att diskussionen spelades in om deltagarna tillåter, att informationen behandlas konfidentiellt och kommer att utgöra underlag för slutlig enkät och presenteras på aggregerad nivå i en magisteruppsats. Denna information upprepades muntligt inför varje diskussion. I samband med detta uppmuntrades deltagarna att lyfta sina synpunkter om formuläret oavsett kunskap om riskbruk samt att fokus var på gruppens gemensamma diskussion och ett antal teman uppsatta av forskargruppen.

Två fokusgrupper genomfördes på vårdcentraler och en på ett konferenscenter i samband med den aktuella vårdcentralens samverkansdagar. Diskussionerna varade mellan 47-54 minuter. Vid fokusgrupperna medverkade en moderator (uppsatsens författare) och en co-moderator (amanuens i SPIRA-studien och läkarstuderande). Moderatoren redogjorde för syftet med fokusgruppen, ledde fokusgruppen relativt strukturerat och ställde ett antal frågor för att fånga deltagarnas perspektiv på enkätens innehåll och struktur, dock utan att fördela ordet. Co-moderatorn hade en observerande roll, förde anteckningar och ställde ibland kompletterade frågor under diskussionens gång. Diskussionerna spelades in på MP3-recorder och transkriberades ordagrant av uppsatsens författare.

De flesta deltagarna i fokusgrupperna hade besvarat formuläret på förhand och hade synpunkter att framföra och diskutera. De som inte hade fyllt i formuläret uppmuntrades att göra det under diskussionen eftersom nya perspektiv och frågor kan uppkomma vid ifyllande.

Analys

För analys av fokusgruppsdiskussionerna används innehållsanalys, med fokus på det manifesta innehållet, dvs. det som explicit uttrycks (Graneheim & Lundman 2004). Innehållsanalys kan användas som ett verktyg för att metodiskt beskriva innehållet i en intervju/diskussion eller en text, gentemot det syfte som uppställts. För detta ändamål är det lämpligt med en metod som främst söker innebörden av vad som sägs, framför hur det sägs och hur detta kan tolkas. Eftersom jag är väl insatt i riskbruksarbetet på vårdcentraler, har jag också i viss utsträckning föreställningar om frågor och teman på förhand.

Analysen av kvalitativ data innebär att informationen från en konversation reduceras till mindre och komprimerade tolkningsbara data (Huston & Hobson 2008). Analysen inleddes med att den transkriberade diskussionen genomlästes två gånger, vid den andra läsningen urskiljdes meningsbärande enheter (mbe). En mbe identifierades som delar i diskussionen som besvarade de teman och frågeställningar som ställdes upp inledningsvis. Transkriptionen lästes igenom ett antal gånger för att söka ytterligare mbe tills inga nya sådana hittades. I nästa steg kondenserades mbe genom att relevanta begrepp, beskrivningar och uttryck lyftes ur den fullständiga transkriptionen. De kondenserade mbe kodades. Gemensamma nämnare mellan mbe eller grupper av kondenserade mbe bildade kategorier, subkategorier (en grupp begrepp med gemensam nämnare inom en övergripande kategori) identifierades i analysen. I analysen eftersträvades att inget innehåll i diskussionerna skulle lämnas för att det saknar kategori (Graneheim & Lundman 2004). Tillsist sammanfattades överensstämmande kategorier i teman.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Fokusgruppsdiskussioner kan betraktas som etiskt riktiga genom att de är mindre styrda samt att enskilda individer kan undvika att själv svara om vissa av frågorna är känsliga. Trots detta är det av yttersta vikt att försäkra sig om att enskilda inte upplever deltagande som kränkande. Ämnet för fokusgruppsdiskussionerna introducerades redan vid initial kontakt med vårdcentralernas respektive kontaktpersoner. Då kontaktpersonen förmedlat namn på deltagare, sändes frågeformuläret och ett medföljande brev (via e-post och brevledes), med bland annat klargörande om syftet med fokusgrupperna samt att deltagande var frivilligt och får avbrytas om så önskas. Deltagarna informerades på förhand per brev och muntligt i samband med respektive fokusgruppsdiskussion om att resultaten av diskussionerna skulle användas som underlag för slutgiltig formulering av frågeformuläret och publiceras i en magisteruppsats.

Vid fokusgrupper är det svårt att hålla fullständig anonymitet, men konfidentialitet kan uppnås (Wibeck 2000). Den insamlade informationen från fokusgruppsdiskussionerna skyddas noggrant, namn anges ej i transkriptionen och ljudfiler förstörs omedelbart efter att transkriptionen slutförts.

RESULTAT

I följande avsnitt presenteras de resultat som framkommit i fokusgruppsdiskussionerna, utifrån de kategorier som framkom vid analysen. Kursiverade meningar är citat. Förkortningen "F" står för fokusgrupp och påföljande siffra anger vilken ur vilken fokusgrupp citatet är taget. Genomgående i texten refereras till frågor i formuläret som diskuterades i fokusgrupperna, se fullständigt frågeformulär i bilaga 1.

Tabell 2. Översikt analysprocess

<i>Temat</i>	GENOMFÖRBARHET			UTFORMNING		
<i>Kategorier</i>	Omfattning	Användbarhet	Etik	Svarsalternativ	Struktur	Behov av klargöranden
<i>Subkategorier</i>	Formulärets längd Täckningsgrad	Relevans för olika yrkesgrupper Förståelse och uppfattning av frågornas innehåll Återsändning av frågeformulär	Kodning	Rangordning Procentsatser vs. begrepp Sammanförande av alternativ	Frågornas ordningsföljd	Informationsbrevet Instruktioner
<i>Kondens. MBE</i>	Lagom långt formulär Formuläret täcker in riskbruksarbetet Ej betungande	Några tillägg nödvändiga för att vara relevant för samtliga yrkesgrupper på vårdcentral Tydliga formuleringar Samma formulär kan användas vid samtliga mättillfällen Samma formulär kan användas för samtliga yrkesgrupper	Vanligt med koder på formulär Inte lika känsligt formulär som medarbetar-enkäter eller frågor om chefer	Svårt att begränsa sig till max tre alternativ, särskilt på fråga 10 Rangordning som alternativ till begränsat antal kryss Ange "tre vanligaste/viktigaste" orsakerna Krångligt att ange procent/andelar Procent kan bli godtyckligt Slå ihop några alternativ på fråga 13	Fråga 11 hör ihop med fråga 6 eller 9	Tydligare anvisning att fråga 14 gäller subjektiv uppfattning Förenklad beskrivning i informationsbrevet Betona att formuläret gäller riskbruk

Tema: Genomförbarhet

Med genomförbarhet avses fokusgruppsdeltagarnas uppfattningar om formulärets omfattning, språk, användarvänlighet i förhållande till tillgänglighet och uppfattning av frågorna. Dessutom avses uppfattningar om formulärets överensstämmande med vårdpersonalens arbete med riskbruk, synpunkter på kodsysteem samt praktiska och logistiska frågeställningar kring ifyllande och retur av enkät.

Omfattning

På frågan om deltagarna i fokusgrupperna hade några övergripande tankar om frågeformuläret framkom i samtliga fall att de ansåg att formuläret var lagom långt och inte betungande, med tydliga frågor och tydliga alternativ. Dessutom ansåg grupperna att formuläret var heltäckande i relation till det vardagliga riskbrukarbetet, ingen ansåg att något övergripande tema eller särskild fråga saknades.

”Jag funderade på det, men det är svårt att hitta saker som inte finns med här...” F3

”Den är ganska lagom lång tyckte jag, det var inte så jobbigt att fylla i den” F1

”Det är en jättebra enkät övergripande, inklusive språket...den är bra” F2

Användbarhet

En av frågeställningarna från forskargruppen gällde om det var möjligt att använda samma formulär för alla yrkesgrupper på vårdcentral och i vilken utsträckning de olika yrkesgrupperna kände igen sina verksamheter i frågorna och svarsalternativen. Vid samtliga fokusgruppsdiskussioner var man överens om att det var möjligt att använda samma formulär för alla yrkesgrupper. Dessutom ansåg samtliga grupper att samma formulär kunde användas vid de fem planerade mättillfällena, främst diskuterades det i termer av att skapa god grund för jämförelser.

Dock problematiserades ämnet inom fokusgrupperna och förslag framkom på att tillägg eventuellt kan vara nödvändigt för att formuläret skall uppfattas som relevant av samtliga. Exempelvis diskuterades att olika yrkesgrupper har olika långa besökstider för patienter och träffar därmed olika antal patienter, varför sysselsättningsgrad uppfattades kunna ge en mer rättvisande bild av samliga yrkesgrupper.

”Ja, för där blir det liksom konstigt, en läkare som träffar 10 patienter i veckan jobbar ju inte kliniskt nästan någonting men en kurator som träffar 10 jobbar ju mycket mer, jag menar har större sysselsättningsgrad eftersom man tar färre patienter. Om man har det över hela så blir det lite dumt med antal patienter” F1

”...det jobbas ju på hela tiden med riskbruk inom BVC, så det kommer ju på frammarsch. Men det kan jag känna just i enkäten, att den riktningen känner jag inte att den finns med” F2

Fokusgrupperna diskuterade också om frågan gällande riskbruksgränser (14) var relevant formulerad i förhållande till det pratiska arbetet med rådgivning vid riskbruk. I en grupp diskuterades att de inte ansåg att rådgivning var nödvändigt om en individ intensivkonsumerade alkohol någon enstaka gång. En annan grupp menade att rådgivning ges vid olika konsumtionsnivåer inom olika delar av primärvården, exempelvis gällande patienter med vissa kroniska sjukdomar eller gravida kvinnor.

”...per dryckestillfälle, det gillar inte jag riktigt kom jag på. I min värld är det ändå så att jag kan inte klassa en riskkonsumtion som nån som dricker en enstaka gång och blir lite småberusad. Jag tycker att riskkonsumtion det har ju alltid att göra med hur ofta det är liksom.” F2

”Jag tror inte att BVC-sköterskorna är villiga att ställa upp på att säga att jamen riskbruk det är inte förrän du kommer över detta” F3

Fokusgrupperna diskuterade även frågor av mer praktisk/logistisk karaktär, såsom ifyllande och returnerande av frågeformuläret. Tänkbara former för hur de ifyllda frågeformulären kan återsändas till forskargruppen som diskuterades var länk/e-post eller via traditionell postgång med returkanvändning. Inom samtliga tre fokusgrupper föredrog enskilda deltagare olika tillvägagångssätt. Främst utgick synpunkterna från goda eller mindre goda erfarenheter av respektive metod, bekvämlighet samt vilket sätt man var mest van vid och därför ansåg sig ha goda rutiner kring.

”Jag kan tycka att om det är väldigt långa enkäter så blir det väldigt jobbigt om det är på nätet, för oftast finns det ingen möjlighet att spara och komma tillbaka och sådär, men är det en kort som denna som går på inte så lång tid så sparar det en del skrivbordsutrymme.” F1

Etik

Fokusgrupperna ombads diskutera och ta ställning till att varje formulär är försett med en kod för att forskargruppen skall kunna sända påminnelser om så behövs. Samtliga deltagare i fokusgrupperna ansåg att det var problemfritt, delvis pga. personalgruppen inte kommer att se varandras individuella svar, samt att formulärets innehåll inte uppfattades särskilt känsligt. Dessutom framkom att de var vana vid kodning sedan tidigare formulär vid studier och medarbetarenkäter.

”Men det är väl något man gör, det är väl vanligt...annars får man ju inte in alla svar, det är ju helt klart att man inte får” F1

”Det vet jag när vi har haft enkäter tidigare så är det ju alltid någon i personalgruppen som har sagt att det går ju att lista ut vem nån är, men det är ju ingen av oss andra i personalgruppen som kommer att se enkäten, utan det är ju bara ni.” F3

Tema: Utformning

Med utformning avses fokusgruppsdeltagarnas uppfattningar om frågornas och svarsalternativens antal, innehåll och specifika struktur samt delar i formuläret som behöver förtydligas.

Svarsalternativ

I samtliga fokusgruppsdiskussioner kritiserades de frågor i formuläret som hade procentsatser som svarsalternativ. Diskussionerna handlade framförallt om att det är svårt att relatera det dagliga arbetet till procentsatser och att svaren därmed kan bli godtyckliga. Två frågor och påföljande svarsalternativ i pilotformuläret hade alternativa formuleringar (procentsatser respektive ord/begrepp) som grupperna ombads diskutera. Samtliga fokusgrupper föredrog alternativet med begreppen ”alltid”, ”ofta”, ”ibland”, ”sällan” eller ”aldrig” framför procentsatser.

”Procenten blir svårare, och man har ju en tendens att kanske överskatta eller underskatta. Det är lätt att glömma, det är lätt att misstro sig om man inte räknar om, om man inte har fakta såhär hastigt när man ska fylla i” F3

”...alltså man blir lite låst när det står procentsatser, då fastnar man vid det så ska man försöka tänka efter så noga. Det känns som om man mer hänger upp sig på en sån fråga” F2

För vissa av frågorna framkom att det var svårt att välja max tre alternativ bland de angivna, som respondenterna ombads göra i formuläret. Detta gällde framförallt frågorna 10 och 13.

”För jag menar det är ju, ni har ju dragit upp alla grejer där man ska fråga om alkohol och sen så får man bara fylla i tre, det känns som att man...ni har ju inte tagit någonting, att de har sökt för snuva eller någonting, då hade man ju kunnat utesluta det alternativet, utan det är ju i princip alla då man borde fråga om alkohol som är med.” F1

Från deltagare i fokusgrupperna framkom önskemål om rangordning av samtliga alternativ istället för att välja max tre alternativ, andra föreslog att de tre ”viktigaste” eller ”vanligaste” av svarsalternativen skulle efterfrågas. Det diskuterades att rangordning eventuellt kan ge väl godtyckliga svar, samt att det var nästintill omöjligt att rangordna mellan exempelvis alternativen ”depression/ångest” och ”sömnsvårigheter”.

”Eller så kanske man där skulle kunna sätta siffror istället. 1, 2, 3 och så fått med alla, för det här kanske jag tycker skulle mest betyda något för mig och det här kanske ungefär på andra plats” F2

”Men om man formulerar om frågorna istället, för att ni ska få ett material att jobba vidare med, att man skriver de tre mest aktuella eller liksom de tre vanligaste” F1

Vad gällde fråga 13 diskuterades dessutom möjliga förslag på sammanslagningar av svarsalternativ, då de nuvarande ansågs vara för många samt att några alternativ direkt naturligt hörde ihop.

Angående fråga 10 framkom förslag på ytterliga alternativ som fokusgrupperna saknade, som var vanligt förekommande anledningar till att alkohol diskuterades med patienter. De alternativ som diskuterades i grupperna var diabetes, övervikt, levnadsvanor och sjukskrivning.

Det uttrycktes att forskargruppen, vid kommande analys av data/information från formulären, bör vara medveten om att olika yrkesgrupper använder olika metoder för att uppmärksamma riskbruk (exempelvis lab-prover, screeningformulär eller livsstilssamtal) och möter olika patientgrupper och utifrån det sannolikt kommer att välja särskilda svarsalternativ. Diskussionerna gällde främst svarsalternativen på fråga 10.

”Det är säkert olika vad man är för någon yrkesgrupp hur man fångar upp dem. Du får dem från enkäter och jag kanske fångar upp det i lab-prover” F1

Struktur

Beträffande fråga 11 framkom, i samtliga fokusgruppsdiskussioner, önskemål om att denna skulle placeras som en följdfråga till fråga 6 eller 9 eftersom den är relaterad till i vilken utsträckning alkoholfrågan lyfts. Fokusgrupperna diskuterade att det är av värde att även de som svarat att de ”ofta” eller ”ibland” frågar patienter om alkohol, också besvarar frågan om varför de inte frågar om alkohol, för att få en tydligare bild av vårdpersonalens upplevda hinder. Därför diskuterades att frågan skulle kunna formuleras om för att gälla de tillfällen då alkoholfrågan inte lyfts, då man menade att ingen vårdpersonal frågar om alkohol vid samtliga patientbesök.

”Man ska formulera om sig på fråga 11 oavsett, för om du aldrig eller sällan...det är ju bättre att skriva vad är det som gör att man inte frågar alla, att man vänder på hela steken” F2

Behov av klargöranden

I fokusgrupperna ombads deltagarna diskutera om det fanns frågor de fastnade vid eller var ottydligt formulerade. En fråga som då nämndes var formulärets avslutande (14) fråga gällande respondenternas uppfattning om riskbruksgränser. Vid diskussionerna framkom tveksamheter om frågan gällde subjektiv uppfattning eller normer och riktlinjer. Några diskuterade att frågan bör formuleras annorlunda för att inte uppfattas som en kontrollfråga, medan några menade att omformulering var nödvändigt för att frågan inte skall tolkas som en moralfråga.

”Men är det viktigt att få veta vad var och en tycker så kanske man ska kursivera eller fetstila DU, vad anser DU är riskkonsumtion, bara för att inte få de här 9, 14, 4, 5-svaren. För det kanske inte är intressant att veta om vi kan läxa?” F3

”Den sista frågan var i alla fall svår tycker jag, för att jag tycker att man lägger ner väldigt mycket värdering i vad jag har med mig själv. Det är jättesvårt, det finns ju säkert fakta om sånt men utifrån vad jag tänker påverkar det ju vad jag säger och tänker om mina patienter ” F3

Informationsbrevet på frågeformulärets förstasida uppfattades informativt och relativt heltäckande, dock framkom olika önskemål om förtydliganden inom ett par fokusgrupper och en något enklare beskrivning av SPIRA-studien. En kortfattad information om syftet med projektet och frågeformuläret beskrevs utgöra en god grund för ifyllandet.

”...men jag tänker hela presentationen av det hela skulle vara på ett enklare sätt...det luktar som ett forskningsprojekt” F2

Några ansåg att den befintliga beskrivningen av riskbruk i informationsbrevet behövde göras mer omfattande för att respondenten inte skall tänka på missbruk eller alkohol i allmänhet när formuläret besvaras, medan andra menade att den var tillräckligt tydlig. Att betona att formuläret enbart avser riskbruksarbete ansågs vara väsentligt, då individer på vårdcentraler har mycket varierande kunskap och utbildning på området och därmed kommer att besvara frågorna utifrån dessa förutsättningar.

”Här står ju faktiskt, det tänkte inte jag på, definierat med riskbruk lite. Inte mängder då, men vad det betyder. Det tänkte inte jag på när jag läste, men det var ju bra i fall man har missat termen helt” F3

DISKUSSION

I följande avsnitt diskuteras de resultat som framkommit och den metod som använts i studien. Eftersom en central fråga är i vilken utsträckning genomförda fokusgruppsdiskussioner kan avgöra frågeformulärets innehållsvaliditet och användbarhet, kommer tyngdpunkten i avsnittet att gälla metoden och resultatens tillförlitlighet.

Resultatdiskussion

Formulärets relevans och överensstämmelse med riskbruksarbete

Fokusgrupperna ansåg att formuläret var lagom långt, lättförståeligt och inte särskilt betungande. Att citaten i resultatavsnittet ofta belyser synpunkter gällande förändringar i formuläret, trots att det överlag uppfattades som bra och relevant, beror på att tveksamheter och behov av förtydliganden diskuterades mer beskrivande och utförligt. De mer positiva åsikterna uttrycktes ofta i kortare jakande meningar. En förklaring till att formuläret som helhet uppfattades som relevant, kan naturligtvis vara att formuläret är bra eftersom det bygger på tidigare beprövade och använda formulär inom samma kontext. Det är också tänkbart att begränsad kunskap om riskbruksfrågor och rollosäkerheten i förhållande till ämnet (Kaner 1999 et al, Holmqvist et al 2008), gjorde det svårare för deltagarna att avgöra om några frågor saknades eller behövde tillkomma. Det faktum att formuläret var framtaget av en forskargrupp vid ett universitet kan dessutom göra att deltagarna förutsätter att det är väl genomarbetat, vilket skulle kunna hämma tankar och synpunkter.

Fokusgrupperna ansåg att frågeformuläret stämde väl överens med det praktiska riskbruksarbetet på vårdcentraler på ett övergripande sätt. Men inom respektive grupper diskuterades en rad nödvändiga förtydliganden och förändringar, vilket visar på att face-validity (Bowling 2002) som ensamt mått, inte är fullt tillräckligt för att bedöma validiteten. De synpunkter som gällde förändringar och behov av förtydliganden i formuläret var relativt få och kunde ofta relateras till det praktiska vårdcentralarbetet med riskbruk. Däribland att man ofta frågade om alkohol i samband med diabetes, övervikt och sjukskrivning som därmed kunde läggas till som ytterligare svarsalternativ på fråga 10. Olika yrkeskategorier träffar patienter olika länge, varför möjligtvis sysselsättningsgrad kunde vara mer relevant att fråga efter än hur många patienter respektive person träffar (fråga 5), samt att de rådgör patienter om alkohol vid olika konsumtionsnivåer pga. vilka patientgrupper de arbetar med (fråga 14). Dessa iakttagelser visade också på värdet av fokusgruppsdiskussioner med tänkta användare av formuläret, istället för exempelvis en expertgrupp. Faktorer gällande det praktiska arbetet var svåra att identifiera vid formulärkonstruktionen, då detta skedde mot en mer teoretisk bakgrund utan medverkan från praktiskt verksam vårdpersonal.

Fråga 14, om konsumtionsnivåer för riskbruk, diskuterades både relaterat till praktiskt arbete samt till frågans formulering och syfte. Denna diskussion kunde klart relateras till två av de faktorer som identifierats som betydelsefulla för riskbruksarbetet, nämligen utbildning och rollsäkerhet (se figur 1). Dels diskuterades att det var oklart

om frågan gällde subjektiv uppfattning eller riktlinjer, dels uttrycktes viss oro för att verka moraliserande om man angav för låga gränser pga. bristande kunskaper, egna värderingar eller att man arbetar med särskilda patientgrupper. Det framkom en delvis annan diskussion om fråga 14 i fokusgruppen med äldre deltagare och genomsnittligt fler verksamma år inom primärvården. Diskussionen handlade inte om huruvida vissa svar var mer rätt än andra, då frågan tolkades gälla subjektiv uppfattning om konsumtionsnivåer och det betonades att formuläret inte är ett läxförhör. Att frågan diskuterades ur detta perspektiv kan naturligtvis bero på individuella egenskaper och trygghet i gruppen, eller att de var mer säkra på sin roll och inte lika fokuserade på att svara rätt.

För att få valida svar och tolka data rätt är det av största vikt att respondenterna besvarar frågorna i enighet med just riskbruksarbete och inte missbruk eller beroende. Frågan diskuterades i fokusgrupperna, och vad de primärt haft i åtanke när de besvarade varierade mellan riskbruk, missbruk och alkoholkonsumtion i allmänhet. Detta är viktigt att ta i beaktande framöver, men då formuläret enbart kommer att användas först då personal på vårdcentralerna utbildats och medverkar i SPIRA-studien, kommer sannolikt riskbruksbegreppet generellt att vara mer känt då, vilket kan minska risken för missförstånd.

Möjliga förändringar av svarsalternativ

Bland de första synpunkterna som framkom i samtliga tre fokusgruppsdiskussioner var invändningar mot att ange svar i procent, då detta uppfattades som svårt att uppskatta och därför kan ge över- respektive underskattningar. Exempelvis angav några deltagare själva att det finns risk för överskattning för att man vill visa att man genomför ett bra jobb. Sådan information är viktig i termer av validering och hur den data som samlas in kan värderas och tolkas (Hansagi & Allebeck 1994).

Samtliga fokusgrupper diskuterade svårigheter med att ange max tre svarsalternativ vid några av formulärets frågor. Några i fokusgrupperna ville rangordna bland samtliga alternativ, medan flera ansåg att det skulle vara möjligt att besvara frågan om formuleringen ändrades så att man skulle ange de tre viktigaste eller vanligaste. Som instruktionen i pilotformuläret var utformad, åsyftades det sist nämnda. Även om detta enbart kräver en liten förändring i formuläret, visar också detta på betydelsen av att diskutera instrument med tilltänkta användare innan de används, för att skapa gemensam förståelse och undvika missförstånd.

Logistik

Vad gällde en mer logistisk fråga, framkom olika önskemål om formuläret helst skulle kunna besvaras och returneras antingen via länk/e-post eller traditionell postgång. Detta kan i sammanhanget framstå som trivialt, men det är viktigt att ta fasta på för att inte introducera någon bias genom att exempelvis få stort bortfall bland dem som inte är vana vid eller använder dator/e-post i större utsträckning. Att samtliga fokusgrupper ansåg att kodade formulär inte mötte några etiska hinder, möjliggör att forskargruppen

på ett enkelt sätt kommer att kunna sända påminnelser om returnerande av formulär vid behov.

Metoddiskussion

Fokusgrupper som metod för formulärvalidering

Fokusgruppsdiskussioner valdes som metod för studien eftersom de används med fördel om detaljer kring individen inte är så intressanta (jfr ex med kliniska forskningsfrågor, där man är intresserad av vad som skiljer individer åt) (Wibeck 2000). Det kan vara stor skillnad på om en enskild person uttrycker sig jämfört med om en grupp människor diskuterar. Exempelvis kan det framkomma en bredare skala av åsikter och idéer, vilket antogs passa väl för studiens syfte. Detta bekräftades i de genomförda fokusgrupperna då deltagarna i stor utsträckning väckte tankar hos varandra, lyfte frågor, ifrågasatte och förklarade. I dessa processer fick deltagarna möjlighet att pröva både sina egna ståndpunkter och argument. Ibland lyftes synpunkter som fick medhåll, ibland väcktes motstånd inom grupperna. Deltagarna lämnade inte enbart synpunkter, utan kom med konstruktiv kritik och förslag på lämpliga ändringar och tillägg som kunde förbättra formulärets användbarhet. Diskussionerna uppfyllde därmed syftet att inte enbart generera kunskap om *vad* deltagarna tänker, utan även *hur* de resonerade och varför vissa förändringar ansågs nödvändiga (Kitzinger 1995).

En intressant iakttagelse var att deltagarna i fokusgrupperna ofta återkom till att de uppfattade alkoholfrågan är ett av de svåraste ämnena att arbeta med, vilket är bekräftat i studier (Kaner et al 1999, Holmqvist et al 2008, Geirsson et al 2005). I samband med dessa diskussioner var att deltagarna generellt var generösa och ärliga i sina resonemang, exempelvis kring tänkbara över- respektive underskattningar vid vissa frågor samt att riskbruksnivåer inte alltid enbart utgick från riktlinjer utan i viss utsträckning påverkades av egna värderingar. Trots ämnets känslighet och svårighet fanns ett stort intresse att diskutera ämnet eftersom det ansågs viktigt för hälsan, liksom också vilka hinder som uppfattades och kunskapsluckor som önskades fylla. På förhand befarades att ämnets uppfattade svårighet möjligtvis kunde begränsa fokusgruppernas diskussion även kring frågeformuläret. Tänkbara faktorer som kan ha påverkat diskussionerna i en mer öppen och tillåtande riktning kan exempelvis vara att diskussionerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser där de kan känna sig trygga (Huston & Hobson 2008) respektive på konferenscenter i trivsamt miljö, deltagarna kan också ha varit vana vid teamarbete och forum för andra diskussioner inom vårdcentralen. Dessutom uppmuntrades deltagarna inledningsvis att lyfta sina synpunkter oavsett kunskapsnivå gällande riskbruk. Deltagarna informerades om att moderatorrollen inte skulle vara styrande, utan fungera i bakgrunden och ställa vissa övergripande frågor. Även då frågor riktades till moderatorn inväntades de andra deltagarnas reaktioner på frågorna. Ofta replikerade någon av deltagarna och diskussionerna fortsatte utan moderatorns svar.

De genomförda fokusgrupperna var relativt strukturerade genom att ett antal övergripande frågor och teman var formulerade som forskargruppen önskade få besvarade. Däremot var diskussionerna mindre strukturerade i den mening att ordet inte fördelades mellan deltagarna, utan dessa lämnades möjlighet att uttrycka synpunkter och delta i diskussionerna i den utsträckning de själva önskade. När frågorna är formulerade på förhand kan det vara svårt att veta om samtliga väsentliga områden tagits upp i fokusgrupperna och när teoretisk mättnad nåtts (Morgan 1997, Wibeck 2000). Det finns också en fara i att moderatorn då begränsar sig till det som tidigare diskuterats kring de ställda frågorna och inte söker nya perspektiv. Med andra ord påverkas analysarbetet och kanske till och med styr fokusgrupperna. För att i görlig utsträckning minska denna effekt, lästes inte transkriptionerna igenom förrän samtliga fokusgruppsdiskussioner hade genomförts.

Heterogena fokusgrupper och social makt

Det kan vara svårt att avgöra i vilken utsträckning studiens resultat påverkades av att fokusgrupperna bestod av blandade yrkeskategorier. Men att förstå funktionen av social makt och tolkningsföreträdare är betydelsefullt i såväl planerande som genomförande och analyserande av fokusgruppsdiskussioner (Huston & Hobson 2008, Wibeck 2000). Deltagarna kan uppleva moderatorn som makthavande pga. hans/hennes position såsom den som initierat fokusgruppen och sedan skall analysera det som diskuterats. Dessutom kan även enskilda gruppmedlemmar upplevas ha mer makt än andra genom utbildning, erfarenheter, yrke eller position på arbetsplatsen (Wibeck 2000).

I litteraturen rekommenderas homogena fokusgrupper för att skapa förutsättningar för goda diskussioner och undvika hierarkiska uppdelningar inom grupperna (Huston & Hobson 2008, Morgan 1997). Det kan dock finnas en risk att forskaren alltför snävt och generaliserande delar in individer och förutsätter att de delar samma åsikter för att de tillhör en viss grupp eller yrkeskategori. På grund av vårdcentralernas relativt höga arbetsbelastning var det inte möjligt att genomföra separata diskussioner med yrkeskategorier. De tre grupperna som ingick i studien var förhållandevis välbalanserade gällande yrkeskategorier, vilket är eftersträvänsvärt i heterogena fokusgrupper (Wooten et al 2000). Dessutom hade ingen deltagare chefsposition. De kuratorer och den psykolog som ingick i de olika fokusgrupperna var dock ensamma representanter från sina respektive yrkeskategorier. Störst skillnad mellan grupperna gällde antal deltagande män samt att en av fokusgrupperna bestod av generellt äldre deltagare med fler antal verksamma år inom primärvården än övriga grupper. Innehåll i diskussionerna i gruppen med äldre deltagare och fler år i primärvården skiljde sig inte från de övriga grupperna med större spridning i ålder och antal verksamma år. I en grupp lyftes synpunkter i ungefärlig lika utsträckning, i två av grupperna uttryckte sig en eller två deltagare i störst utsträckning, dock utan att förminska eller hindra andras synpunkter från att lyftas fram eller diskuteras. Detta kunde inte härledas till yrkeskategori, kön eller antal verksamma år i primärvården, utan tycktes främst bero på individuella egenskaper och intresse för att uttrycka sig. För att göra analysen av diskussionerna rättvis i görlig utsträckning, var substansen i det som diskuterades viktigast framför hur ofta en särskild synpunkt återkom.

Studiens trovärdighet och överförbarhet

För att uppnå tillförlitlighet inom kvalitativ forskning måste man etablera argument för den mest sannolika tolkningen av materialet. Tillförlitligheten bestäms bland annat av hur väl fokusgruppsdiskussioner som metod och innehållsanalys som analysmetod fungerade som verktyg för att uppnå syftet och hur väl analysen genomförs (Graneheim & Lundman 2004). Samtidigt är det betydelsefullt att lämna utrymme för läsaren att göra andra tolkningar än den presenterade (Graneheim & Lundman 2004). Kvale (1997) menar att en god intervjuare/moderator är expert på ämnet för intervjun och mänskligt samspel. Men för att nå ett trovärdigt resultat var det viktigt att vara medveten om och tydliggöra de förutsättningar som ledde fram till formuleringen av frågeställningarna, tillvägagångssätt och min förförståelse. Med innehållsanalys som tolkningsverktyg kunde de uppsatta frågeställningarna besvaras. Vid urluftande av mbe höll jag mig nära den transkriberade texten, dels för att kunna göra analysen upprepbar, dels för att på ett överskådligt sätt kunna se om kategorier och teman täckte innehållet i diskussionerna. Att jag på förhand var väl insatt i riskbruksdiskursen och till viss del primärvårdens arbete med frågan, påverkade sannolikt både formuleringen av frågeguiden och urskiljandet av mbe, kategorier och teman. Trovärdigheten hos den som analyserar materialet är ett viktigt inslag för tillförlitligheten av resultaten och möjlighet att upprepa analysen.

En av de mest centrala frågorna gäller i vilken utsträckning de genomförda fokusgruppsdiskussionerna kan säga något om frågeformulärets validitet. Validiteten i fokusgruppsdiskussioner är beroende av att deltagarna framför sina synpunkter, eller avstår pga. exempelvis rädsla för konflikt. Risk för försämrad validitet uppstår också om deltagarna är påstridiga för att övertyga gruppens övriga deltagare om en särskild åsikt (Wibeck 2000). Även om deltagare inom de tre fokusgrupperna uttryckte sig i olika utsträckning, uppfattades klimaten som öppna och tillåtande. Kunskaperna om riskbruk som begrepp och hantering av riskbruksproblematik varierade inom grupperna, och det var svårt att avgöra i vilken utsträckning detta låg bakom synpunkter och fokus i diskussionerna. Det är dessutom mycket svårt att avgöra i vilken utsträckning diskussionerna påverkades av att fokusgrupperna bestod av personer från olika yrkeskategorier. Men eftersom de synpunkter som framfördes och diskuterades var av relativt lika innehåll och att slutsatserna som drogs inom respektive fokusgrupper pekade i samma riktningar kan resultatet betraktas ha hög tillförlitlighet. Tillförlitligheten och pålitligheten i resultaten förstärks dessutom av att fokusgrupperna bestod av den målgrupp som frågeformuläret kommer att riktas till i SPIRA-studien.

För en kommande slutlig formulering av ett användbart och tillförlitligt frågeformulär var inte enbart omedelbara kommentarer och diskussioner om tillägg och ändringar betydelsefulla. Det var också av stort värde, för att bedöma frågeformulärets innehållsvaliditet, att höra hur vårdpersonal på vårdcentraler diskuterar riskbruksarbete, vilken terminologi de använder och hur de ringar in sitt arbete. I relation till frågorna diskuterades utbildning och kunskap om metoder samt hur deltagarna såg på sina roller som vårdpersonal i förhållande till riskbruksarbete. För att kunna uppskatta behovet av och uppfattning om arbetsmiljön och ledningen som stödande i riskbruksarbetet finns ett par svarsalternativ som rör frågan om hur arbetet

med riskbruk kan ökas (fråga 13). Denna aspekt diskuterades inte nämnvärt, möjligtvis pga. att de vårdcentraler som deltog i fokusgruppsdiskussionerna också ingår i SPIRA-studien och att deltagarna redan uppfattar att de har stöd från exempelvis enhetschef. Tänkbart är att denna aspekt inte blir aktuell förrän då SPIRA-studien har pågått en tid.

Det finns ett antal begränsande faktorer relaterade till den information som framkommer i fokusgruppsdiskussioner. Det är svårt att avgöra om det som diskuteras är överförbart till annan vårdpersonal utanför de specifika grupperna och sammansättning av yrkeskategorier. Särskilt kan överförbarheten ifrågasättas eftersom deltagande vårdcentraler var selekterade pga. att de redan ingår i SPIRA-studien. Detta innebär sannolikt att arbetet med riskbruk betraktas som viktigt på ledningsnivå eller vårdcentralen som helhet, men inte nödvändigtvis för enskilda individer på vårdcentralerna. Personerna rekryterades till fokusgrupperna genom att SPIRA-studiens kontaktpersoner på respektive vårdcentraler tillfrågade dessa om deltagande. Möjligtvis var dessa deltagare särskilt tillfrågade och/eller angelägna om att delta i fokusgrupperna för att de betraktar riskbruksarbetet som betydelsefullt och känner ansvar inför frågan. Mot denna bakgrund är det svårt att avgöra resultatens överförbarhet.

Studiens svagheter och alternativa metoder

Fokusgrupper används med fördel om man söker breda svar och utrymme att utveckla tankar och förståelser, som är betydelsefullt inom ett utforskat område (Alvesson & Skoldberg 2008). Dock kan metoden behöva kompletteras med andra undersökningsmetoder, särskilt då syfte är validering av frågeformulär (O'Brien 1993). Eftersom ett antal övergripande frågor var formulerade inför fokusgruppsdiskussionerna är det svårt att veta om samtliga relevanta områden är täckta och därmed också om resultaten är valida och reliabla. Möjligtvis kunde en annan analysmetod ha varit lämplig. En tänkbar väg är att formuläret och de övergripande frågorna kunde ha ändrats efter varje genomförd diskussion, i enighet med framkoma synpunkter, och att denna process upprepats till dess att inget nytt framkom och teoretisk mättnad därmed nåtts.

Enskilda intervjuer skulle möjligtvis kunna ge kompletterade djupa svar, då direkta följdfrågor kan ställas i större utsträckning än vid fokusgrupper. Dessutom skulle diskussioner i homogena fokusgrupper (med separata yrkeskategorier) eventuellt ha skapat förutsättning för andra typer av diskussioner och aspekter på formulärets innehåll och utformning, än vid heterogena grupper. En kvantitativ undersökning med flera personer i samma position kan vara nödvändigt som komplement (Malterud 2001). Ett reliabilitetstest, exempelvis test-retest (Jaussent et al 2004) för att mäta överensstämmelse mellan de enskilda svaren, kan fungera som en god metod för att kunna fastställa reliabilitet för formuläret som helhet.

Fokusgruppsdiskussioner skulle också kunna användas med en mer induktiv ansats för att generera teorier för formulärdesign. Genom en sådan ansats kan man skapa struktur och frågor utifrån relevanta teoretiska begrepp, möjligheter och hinder samt

bästa möjliga sätt att kommunicera med målgruppen som identifieras av de tänkta användarna själva.

Konklusion och fortsatt bearbetning av frågeformuläret

Vad som talar för resultatens överförbarhet och att formuläret kan bedömas ha hög innehållsvaliditet, är att de olika grupperna betraktade frågeformuläret som relevant och heltäckande för riskbruksarbetet. Diskussionerna bekräftade på så sätt formulärets användbarhet. Fokusgruppsdiskussioner kan bedömas ha varit en relevant metod för att studera frågeformulärets validitet, eftersom ett antal värdefulla synpunkter framkom för att förbättra formuläret och minska risken för olika tolkningar av frågor och svarsalternativ. De förändringar som diskuterades var av mindre omfattning och gällde i första hand ändringar för att underlätta svarande samt behov av förtydliganden. Dessutom var diskussionerna i den första och andra fokusgruppsdiskussionen väl överensstämmande och inga nya aspekter tillkom i den tredje fokusgruppen gällande formulärets innehållsvaliditet eller användbarhet, vilket talade för att teoretisk mättnad uppnåtts (Morgan 1997).

Mot bakgrund av den information som har insamlats i denna studie, kommer frågeformuläret att ändras och förtydligas i enighet med de förändringar som diskuterats i fokusgrupperna. Exempelvis kommer de svarsalternativ där procentsatser angavs i pilotformuläret byts ut mot begrepp, instruktioner till hur frågorna skall besvaras kommer att förtydligas, några svarsalternativ tillkommer på fråga 10 samt att formulering av formulärets avslutande fråga (14) kommer att diskuteras för att undvika missförstånd. Därefter kommer det reviderade formuläret att som helhet presenteras för SPIRA-studiens referensgrupp, som därefter kommer att ta ställning till om ytterligare prövning är nödvändig och behov av reliabilitetstest. Sannolikt kommer respondenterna att erbjudas möjlighet att välja om de vill besvara frågeformuläret per länk/e-post eller brevledes i returkuvert.

REFERENSER

Aalto M, Pekuri P & Seppä K. (2003): Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence* Vol 69, Issue 1, 24, p 9-14.

Abrahamson JH. (1990): *Survey methods in community medicine*. 4th ed. New York: Churchill Livingstone

Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A & Green J. (2009): Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst* 101, 296-305.

Alvesson M & Sköldberg K. (2008): *Tolkning och reflektion - vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Gual A & Saunders J. (2003): Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. *Alcohol & Alcoholism* Vol 38, No. 6, pp. 597-601.

Andréasson S. (2007): *Alkoholförebyggande insatser i primärvården*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Andréasson S & Allebeck P. (ed) (2005): *Alkohol och hälsa: En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N & Graham K. (2003): *Alcohol: No ordinary commodity – Research and Public policy*. New York: Oxford University Press.

Babor TF, Higgins-Biddle J, Dauser D, Higgins D, Burleson J. (2005): Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: Implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 361-368; 2005.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Burleson JA, Zarkin GA & Bray J. (2006): Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol Alcohol*. 41(6):624-31.

Bothelo RJ & Richmond R. (1996): Secondary prevention of excessive alcohol use: assessing the prospects of implementation. *Family Practice* 13, 182-193.

Bowling A. (2002): *Research methods in health – investigating health and health services*. 2nd edition. Berkshire: Open university press.

Dahmström K. (2000): *Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Dawson DA, Li TK, Grant BF. (2008): A prospective study of risk drinking: at risk for what? *Drug Alcohol Depend*. 1;95(1-2):62-72.

Drummond FJ, Sharp L, Carsin A-E, Kelleher T & Comber H (2008): Questionnaire order significantly increased response to a postal survey sent to primary care physicians. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61:177-185.

- FHI (2009): *Livsstilsrapport 2008 – lägesrapport om livsstilsfrågor*. Rapport 2009:7. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Fleming MF & Graham AW. (2001): Screening and brief interventions for alcohol use disorders in managed care settings. *Recent developments in Alcoholism* 15, 393-416.
- Graneheim UH & Lundman B. (2004): Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105-112.
- Hansagi H & Allebeck P. (1994) *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur
- Hedberg C, Hallberg H & Urwitz V. (2000): Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. *Läkartidningen* 97 (1-2): 48-50.
- Holmqvist M, Bendtsen P, Spak F, Romelsjö A, Geirsson M & Nilsen P. (2008): Asking patience about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addictive behaviours* 33 301-314.
- HSFR (1990): Forskningsetiska principer för humaniora och samhällsvetenskap. Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet.
- Huston SA & Hobson EH. (2008): Using focus groups to inform pharmacy research. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 4:186-205
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) Stockholm: Socialdepartementet. URL: <http://rixlex.riksdagen.se>
- Jaussent S, Labarère J, Boyer JP & Francois P. (2004): Psychometric characteristics of questionnaires designed to assess the knowledge, perceptions and practices of health care professionals with regards to alcoholic patients. *Encephale* 30(5):437-46.
- Johansson K, Bendtsen P & Åkerlind I. (2002): Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol and Alcoholism* 37(1): 38-42
- Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. (2007): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004148
- Karlsson A, Johansson K, Nordqvist C & Bendtsen P. (2005): Feasibility of a computerized alcohol screening and personalized written advice in the ED: opportunities and obstacles. *Accident and Emergency Nursing* (13): 44-52
- Kitzinger J. (1995): Introducing focus groups. *BMJ*, 311: 299-302.
- Kroger C, Winter H, Shaw R. (1997): Riktlinjer för utvärdering av drogförebyggande insatser.Handledning för dem som planerar och utvärderar program. IFT Institut fur Therapieforchung EMCDDA.
- Kreuger R. (1998): *Developing questions for focus groups*. The Focus Group kit, no 3. Thousand Oaks: Sage.

- Kvale S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lincoln Y & Guba E. (1985): *Naturalistic inquiry*. London: Sage
- Lydeard S. (1991): The questionnaire as a research tool. *BMC Family Practice* 8(1):84-91
- Malterud K. (2001): Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 358:483-88.
- May C, Finch T, Mair F, Ballini L, Dowrick C, Eccles M, Gask L, MacFarlane A, Murray E, Rapley T, Rogers A, Treweek S, Wallace P, Anderson G, Burns J & Heaven B. (2007): Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Services Research* 7:148.
- Morgan DL. (1997): *Focus Groups as Qualitative Research*. 2nd Edition. Qualitative Research Methods series, Vol. 16. London: Sage.
- O'Brien K. (1993): Improving survey questionnaires through focus groups. In Morgan D *Successful focus groups – Advancing the state of the art*. Newbury Park: Sage.
- Pope C & Mays N. (ed) (2000): *Qualitative Research in Health Care*. 2nd Edition. BMJ Books, Bristol.
- Rossow I & Romelsjö A. (2006): The extent of the “prevention paradox” in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction* 101, 84-90.
- SBU (2001): Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapport 156/I.
- Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS & Barton B. (2005): Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: a pre- post-intervention assessment. *BMC Family Practice*, Nov 4;6:46.
- Socialstyrelsen (2007): Alkoholförebyggande insatser inom hälso- och sjukvården. Stockholm.
- Spak F & Andersson A. (2008): Large scale implementation of early identification and brief intervention in Swedish primary health care - Will it be successful? *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25, 477-488.
- Statens kommuner och landsting (2008): Landstingsanställd personal 2008. Länk: <http://kikaren.skl.se/artikel.asp?C=5351&A=59672> (tillgänglig 090519)
- Wibeck V. (2000): *Fokusgrupper – om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Wooten DB & Reed AA. (2000): Conceptual overview of the self-presentational concerns and response tendencies of focus group participants. *J Consum Psychol* 9(3):141-153



Sahlgrenska akademien

VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Avd för samhällsmedicin och folkhälsa/Socialmedicin

Enkät för vårdpersonal beträffande arbete med riskbruk av alkohol på vårdcentral

En möjlighet för dig att påverka utvecklingen av vad som är rimligt att genomföra på vårdcentral gällande riskbruksarbete och utformande av framtida metoder för att uppmärksamma och behandla riskbruk.

SPIRA-studien

SPIRA betyder Sekundärprevention i Primärvården – Implementering av metoder för minskat Riskbruk av Alkohol. SPIRA är en treårig studie på 24 vårdcentraler i Sverige, som avser att studera hur olika metoder för att uppmärksamma av riskbruk hos patienter på vårdcentraler kan implementeras, dvs. bli en del av vardagsrutinen. De metoder som studeras är uppmärksammande av riskbruk genom screeningformulär och Early Identification. Det senare innebär att alkoholfrågan tas upp när det uppfattas som naturligt i patientmötet, utan särskilt formulär. Dessutom testas om en stödperson (coach) för personalen kan stimulera och upprätthålla arbetet med riskbruk.

Syftet med denna enkät är att följa implementeringsprocessen och arbetets utveckling på sikt, för att kunna studera vilken metod som är bäst lämpad för vårdcentralernas förutsättningar gällande riskbruksarbete. Enkäten används vid baslinjemätningen, efter avslutad interventionsperiod samt 6, 12 och 24 månader efter interventionen.

Etiskt godkännande för studien har givits av den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

Varje enkät är försedd med ett kodnummer som enbart används för att forskargruppen skall kunna sända påminnelser angående ifyllande och returnerande av enkäten.

Deltagandet i studien är frivilligt och får när som helst avbrytas. Alla svar i enkäten behandlas konfidentiellt och kommer inte att redovisas på individnivå.

Med **riskbruk av alkohol** avses en konsumtion som på sikt kan leda till hälsoproblem eller som har givit upphov till detta. I definitionen utesluts därmed patienter som har utvecklat ett missbruk och/eller alkoholberoende.

Vid frågor, kontakta Fredrik Spak (projektansvarig), fredrik.spak@socmed.gu.se, 031-7866869

1. När är du född? Ange årtal

2. **Kön**

1 ☐ Kvinna

2 ☐ Man

3. **Yrkeskategori**

1 ☐ Läkare

2 ☐ Innehar specialistkompetens i allmänmedicin

3 ☐ Distriktssjuksköterska

4 ☐ Sjuksköterska

5 ☐ Undersköterska

6 ☐ Kurator

7 ☐ Psykolog

8 ☐ Annan, nämligen

4. **Hur länge har du arbetat inom primärvården?**

1 ☐ Mindre än 1 år

2 ☐ 1-2 år

3 ☐ 3-5 år

4 ☐ 6-10 år

5 ☐ 11-20 år

6 ☐ Mer än 20 år

5. **Hur många patienter (enskilda besök) träffar du en genomsnittlig vecka? Skatta utifrån det senaste året.**

1 ☐ 1-9

2 ☐ 10-19

3 ☐ 20-29

4 ☐ Fler än 30

6. **Hur stor andel av dina patienter frågar du en genomsnittlig vecka om alkoholvanor/konsumtion?**

1 ☐ 0 %

2 ☐ 1-24 %

3 ☐ 25-49 %

4 ☐ 50-74 %

5 ☐ 75-100 %

ALTERNATIV formulering av fråga 6:

Hur ofta diskuterar du alkohol med dina patienter?

- 1 ☐ Alltid
- 2 ☐ Ofta
- 3 ☐ Ibland
- 4 ☐ Sällan
- 5 ☐ Aldrig

7. Hur stor andel av dina patienter bedömer du har ett riskbruk av alkohol?

- 1 ☐ 1-9 %
- 2 ☐ 10-19 %
- 3 ☐ 20-29 %
- 4 ☐ 30 % eller mer

8. Vilka är de vanligaste orsakerna till att du frågar dina patienter om alkoholvanor/konsumtion? Kryssa i max 3 alternativ.

- 1 ☐ Enkät/formulärsvar
- 2 ☐ Laboratoriesvar
- 3 ☐ Patientens egen önskan
- 4 ☐ Efter önskemål från anhörig till patienten
- 5 ☐ Ingår i mina dagliga rutiner vid patientbesök
- 6 ☐ Patienten har alkoholrelaterade symptom/problem
- 7 ☐ Slumpmässigt
- 8 ☐ Annat, nämligen _____

9. a) Hur stor andel av dina patienter, som du bedömer ha ett riskbruk av alkohol, ger du råd/behandling om alkoholkonsumtion?

- 1 ☐ 1-9 %
- 2 ☐ 10-19 %
- 3 ☐ 20-29 %
- 4 ☐ 30 % eller mer

b) Utöver att ge råd/behandling till patienter, som du bedömer ha ett riskbruk av alkohol, gör du något av följande?

- 1 ☐ Hänvisar till annan personal inom vårdcentralen
- 2 ☐ Hänvisar till annan instans utanför vårdcentralen
- 3 ☐ Annat, nämligen _____
- 4 ☐ Gör inget av ovanstående

ALTERNATIV formulering av fråga 9a:

Hur ofta ger du dina patienter, som du bedömer ha ett riskbruk, råd/behandling om alkohol?

- 1 ☐ Alltid
- 2 ☐ Ofta
- 3 ☐ Ibland
- 4 ☐ Sällan
- 5 ☐ Aldrig

10. I samband med vilka symptom/problem frågar du patienter om alkoholvanor? Kryssa i max 3 alternativ.

- 1 ☐ Hypertoni/hjärtbesvär
- 2 ☐ Magbesvär
- 3 ☐ Depression/ångest
- 4 ☐ Sömnsvårigheter
- 5 ☐ Värk
- 6 ☐ Trötthet
- 7 ☐ Olycksfall/skada
- 8 ☐ Sociala problem (exempelvis relationer eller finansiella)
- 9 ☐ Annat, nämligen _____

11. Om du aldrig eller sällan frågar patienten om alkoholvanor/symptom, vilken/vilka anledningar finns det? Kryssa i max 3 alternativ.

- 1 ☐ Det skulle inte ha någon effekt
- 2 ☐ Det är sällan aktuellt eller motiverat
- 3 ☐ Osäker på hur jag skall fråga
- 4 ☐ Vet inte hur jag skall ge råd
- 5 ☐ Patienten kan reagera negativt
- 6 ☐ Vet inte vart jag skall hänvisa patienten
- 7 ☐ Tidsbrist
- 8 ☐ Osäker på risknivåer
- 9 ☐ Anser inte att primärvården skall lägga sig i patientens alkoholvanor
- 10 ☐ Annan anledning, nämligen _____

12. Hur mycket utbildning har du fått i identifiering av och hantering av riskbruk av alkohol (utöver din grundutbildning)?

- 1 ☐ Ingen
- 2 ☐ Mindre än 4 timmar
- 3 ☐ Halvdag
- 4 ☐ 1-2 dagar

- 5 ☐ 3 dagar
- 6 ☐ Mer än 3 dagar
- 7 ☐ Vet inte/kommer inte ihåg

13. Vad av följande skulle kunna öka din insats beträffande identifikation och rådgivning till patienter med riskbruk av alkohol?
Kryssa i max tre alternativ.

- 1 ☐ Mer faktakunskap om hur alkoholen påverkar hälsan
- 2 ☐ Mer kunskap om skriftliga screeninginstrument
- 3 ☐ Mer kunskap om biologiska markörer
- 4 ☐ Mer kunskap om samtalsmetoder vid alkoholrelaterade problem
- 5 ☐ Större tillgång till skriftligt informationsmaterial att ge patienterna
- 6 ☐ Bättre teamarbete med övriga yrkeskategorier på enheten runt patienter med riskbruk
- 7 ☐ Bättre möjligheter att hänvisa till behandling
- 8 ☐ Tydliga beslut på ledningsnivå om vad som ingår i vårt uppdrag med riskbrukspatienter
- 9 ☐ Coach/stödfunktion, för att _____
- 10 ☐ Vårdprogram/styrdokument
- 11 ☐ Skyldighet att journalföra om alkoholvanor
- 12 ☐ Behövs inte, jag arbetar redan tillräckligt med riskbruk
- 13 ☐ Annat, nämligen _____

14. Hur många standardglas anser du är riskkonsumtion?

- Per vecka för kvinna _____ man _____
- Per dryckestillfälle för kvinna _____ man _____

Ett standardglas definieras som något av följande:



Till deltagare i fokusgruppsdiskussion 090XXX angående personalenkäten inom SPIRA-studien!

SPIRA-studien (Sekundärprevention i Primärvården – Implementering av metoder för minskat Riskbruk av Alkohol) är en treårig studie, med huvudsyfte att studera olika metoder för hur uppmärksammande av riskbruk kan implementeras, dvs. bli en del av vardagsrutinen i mötet med patienter på vårdcentral. De deltagande vårdcentralerna kommer att slumpas till en av följande två modeller: uppmärksammande av riskbruk genom screeningformulär (med 3 konsumtionsfrågor), respektive uppmärksammande genom Early Identification, då alkoholfrågan tas upp när det uppfattas som naturligt och relevant men utan särskilt formulär. Dessutom studeras om en särskild coach/stödperson för personalen kan öka och/eller upprätthålla arbetet med riskbruk. Samtliga 24 deltagande vårdcentraler kommer att ges utbildning.

I studien kommer en personalenkät att användas, före studiens start, efter avslutad intervention samt 6, 12 och 24 månader efter intervention, för att följa utvecklingen av arbetet. Syftet med fokusgruppen är att diskutera genomförbarheten, upplägget och omfattningen av enkäten. Vi ber er därför att läsa igenom, fylla i enkäten och reflektera över "informationsbrevet" på enkätens förstasida och enkätfrågorna och fundera över exempelvis frågornas följd och formuleringar, antal frågor och alternativ (för få eller för många/omfattande), frågornas relevans och om något väsentligt saknas för att få information om hur riskbruksarbetet bedrivs och utvecklas. Vi ber er också uppmärksamma att några av frågorna ännu har olika alternativa formuleringar, som vi önskar få era synpunkter på.

Etisk ansökan gällande enkäten kommer att inlämnas då den slutliga enkäten är färdigformulerad.

Deltagandet i fokusgruppen är frivilligt och kan när som helst avbrytas. För att underlätta analysen av resultaten kommer diskussionen att spelas in, om deltagarna godkänner detta. Resultaten kommer att ligga tillgrund för slutligt utformande av enkäten och kommer även att publiceras i en magisteruppsats. Alla svar behandlas konfidentiellt och kommer inte att redovisas på individnivå. De vårdcentraler som deltar i fokusgrupperna i denna pilotstudie heller inte att namnges.

Forskargruppen är mycket tacksam för er medverkan denna pilotstudie!

Vi som kommer att träffa er vid fokusgruppsdiskussionen är Annika Andersson (folkhälsovetare och projektkoordinator) och Hanna Reinholdz (läkarstuderande och amanuens).

Väl mött!
Bästa hälsningar
Annika Andersson

Vid frågor, kontakta Annika Andersson annika.m.andersson@socmed.gu.se, 031-786 68 17 eller projektansvarig Fredrik Spak fredrik.spak@socmed.gu.se, 031-786 68 69.

Diskussionsunderlag fokusgrupp angående frågeformuläret (SPIRA)

- Övergripande tankar om enkätens struktur och innehåll?
- Infobrev: tydligt, tillräckligt, saknas nödvändig information?
- Frågornas innehåll och följd: förståeligt? Kan något misstolkas? Avgör någon av frågornas formulering hur respondenterna kommer att svara?
- Antal frågor och alternativ: fler/färre? Vid slutna frågor, finns det andra lämpliga svarsalternativ?
- Där enkäten innehåller alternativa frågeformuleringar – tankar?
- Behövs ytterligare frågor för att täcka riskbruksarbetet? Samma enkät till alla yrkeskategorier och mättillfällen?
- Kan någon/några frågor strykas?
- Något annat att tillägga?